ISTITUTO REGIONALE RITTMEYER PER I CIECHI
TRIESTE - C.A.P. 34136 - VIALE MIRAMARE, 119 - TEL. 040-4198911 - FAX 040-4198925 -COD. FISCALE N. 80004490324
e-mail:rittmeyer@istitutorittmeyer.it - PEC: istitutorittmeyer@pec.istitutorittmeyer.it

Prot: 0004214
Class: XIV-9-1
Data: 23/04/2018

COMUNICATO

Oggetto: Avvio dei corsi di qualifica professionale per centralinisti telefonici disabili visivi – a.e. 2018/2019.

L'Istituto Regionale Rittmeyer per i ciechi di Trieste sta avviando anche per l'anno scolastico 2018/2019 i corsi per centralinisti telefonici disabili visivi e per le nuove professioni

Il corso di qualifica professionale per centralinisti telefonici, della durata di circa nove mesi per n. 1.000 ore, prenderà avvio indicativamente nel corso del mese di settembre 2018 per concludersi entro la fine del mese di giugno 2019.

Per quanto riguarda i corsi per le nuove professioni, si invita ad indicare le proprie preferenze sul modulo allegato.

La frequenza del corso è assolutamente gratuita; gli enti locali devono assumere l'onere della retta del convitto (se i corsisti non sono residenti nella provincia di Trieste e intendono fruire dei servizi della nostra struttura).

Le persone interessate dovranno compilare il modulo allegato inviandolo al nostro Istituto entro il 10.05.2018.

Per ulteriori informazioni è possibile contattare l'Ufficio Rette dell'Istituto al numero telefonico 040/4198911.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Elena Weber

ISTITUTO REGIONALE RITTMEYER PER I CIECHI TRIESTE

Allegati:
- c.s.d.

Area Finanziaria
Responsabile Unico del Procedimento: Elena Weber
Responsabile dell'Istruttoria: dott. Elisa Marchino

ISTITUTO REGIONALE RITTMEYER PER I CIECHI
TRIESTE - C.A.P. 34136 - VIALE MIRAMARE, 119 - TEL. 040-4198911 - FAX 040-4198925 -COD. FISCALE N. 80004490324
E-mail: rittmeyer@istitutorittmeyer.it

Corso di qualifica professionale per centralinisti telefonici a.e. 2018/2019

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome).....

nato/a a.....il.....

residente a..... cap..... , provincia.....

Via.....

n. tel..... E-mail.....

codice fiscale n.....

iscrizione all'UICI sezione di.....

in possesso del seguente titolo di studio.....

attualmente: □ disoccupato
□ in attesa di prima occupazione
□ occupato in qualità di.....

servizi richiesti: □ retta convitto (a carico di .....)
□ pasti

in relazione all'indagine preliminare per l'organizzazione dei corsi di formazione professionale svolti presso l'Istituto Regionale Rittmeyer per i Ciechi di Trieste, dichiara di essere interessato alla frequenza del corso di Centralinista telefonico (corso annuale).

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs.196/2003 e s.m.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente la seguente documentazione:

- certificato oculistico o fotocopia del certificato di invalidità dichiarante il visus;
- copia della tessera sanitaria;
- copia del documento d'identità;
- certificato medico debitamente compilato e firmato dal medico curante sulla base dell'allegato facsimile,
- (eventuale) copia della richiesta a chi di competenza per la retta del convitto.

(Luogo e data)_____ Firma_____

ISTITUTO REGIONALE RITTMEYER PER I CIECHI
TRIESTE - C.A.P. 34136 - VIALE MIRAMARE, 119 - TEL. 040-4198911 - FAX 040-4198925 -COD. FISCALE N. 80004490324
E-mail: rittmeyer@istitutorittmeyer.it

Corso di qualifica professionale per nuove professioni a.e. 2018/2019

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome).....

nato/a a.....il.....

residente a..... cap..... , provincia.....

Via.....

n. tel..... E-mail.....

codice fiscale n.....

iscrizione all'UICI sezione di.....

in possesso del seguente titolo di studio.....

in possesso dell'abilitazione alla professione di centralinista telefonico: numero .....

albo della regione .....

attualmente: □ disoccupato
□ in attesa di prima occupazione
□ occupato in qualità di.....

servizi richiesti: □ retta convitto (a carico di .....)
□ pasti

in relazione all'indagine preliminare per l'organizzazione dei corsi di formazione professionale svolti presso l'Istituto Regionale Rittmeyer per i Ciechi di Trieste, dichiara di essere interessato alla frequenza del:

- ☐ Corso di operatore telefonico addetto alle informazioni alla clientela e agli uffici relazioni con il pubblico
- ☐ Corso di operatore telefonico addetto alla gestione e all'utilizzazione di banche dati
- ☐ Corso di operatore telefonico addetto ai servizi di telemarketing e telesoccorso
- ☐ Corso di operatore amministrativo segretariale

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs.196/2003 e s.m.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente la seguente documentazione:

- certificato oculistico o fotocopia del certificato di invalidità dichiarante il visus;
- copia della tessera sanitaria;
- copia del documento d'identità;
- certificato medico debitamente compilato e firmato dal medico curante sulla base dell'allegato facsimile,
- (eventuale) copia della richiesta a chi di competenza per la retta del convitto.

(Luogo e data)_____ Firma_____

CERTIFICATO MEDICO

ESITO DELLA VISITA MEDICA praticata al __ Sig. _____

nat __ a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

richiesta dall'Istituto Regionale Rittmeyer per i ciechi per l'ammissione _____

_____

ANAMNESI

patologica remota _____

_____

_____

_____

patologica prossima _____

_____

_____

_____

DIAGNOSI ATTUALE

_____

_____

_____

_____

TERAPIA ATTUALE

_____

_____

_____

_____

Si dichiara inoltre che il paziente non presenta malattie infettive e disturbi comportamentali incompatibili con la vita di comunità.

Note _____

_____

In fede

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Data _____

_____